

Soziologie und Public Health: zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner?

Mann, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mann, B. (1997). Soziologie und Public Health: zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner? *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 20(3), 196-205. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36649>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Soziologie und Public Health: Zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner?

Bernhard Mann

1 Einleitung

In dem Aufsatz werden vier Fragen untersucht: *Erstens* wird erörtert, was Public Health ist. *Zweitens* werden Kriterien dargelegt zur Bedeutung der Soziologie. *Drittens* diskutieren wir Beiträge aus der Soziologie zur Public-Health-Entwicklung. *Viertens* werden die Chancen der Soziologie für Public-Health aufgezeigt.

2 Public Health im Umbruch

Nach Emile Durkheim gehört Krankheit einerseits zur "Normalität" des sozialen Lebens (Gephart, 1990, S. 17). Personale und soziale Differenzen sind andererseits im Grad des Erlebens von Gesundheit offensichtlich (Baier, 1997, S. 68). Bemerkenswert ist, so die Medizingeschichte (Eckhart, 1990), daß Konzepte der Gesundheitspflege auf eine reiche Tradition zurückgreifen können: von rituellen Waschungen im Altertum, der Beginn des Seuchenschutzes und der Gewerbehygiene im Mittelalter über die Verrechtlichung von Gesundheit im Gesetzesentwurf einer medizinischen Polizei - so Franz Anton Mai, Stadtarzt in Mannheim um 1800 - bis zur Institutionalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Sozialversicherung um die Jahrhundertwende.¹

¹ Sozialgeschichtlich zeigt Häfner (1996, S. 313) markante rechtliche Daten der Gesundheitsfürsorge:

1800 F. A. Mai. Forderung der gesetzlichen Verankerung des Rechts auf Gesundheit

1869 Arbeiterschutzgesetz zur Seuchenprophylaxe

1874 Impfgesetz (erstes Gesetz zur direkten und spezifischen Krankheitsprävention)

1877 Errichtung des Reichsgesundheitsamts

Im Nachkriegs-Deutschland ist im Gesundheitswesen ein höheres soziologisches Engagement beobachtbar als durch Public-Health-Akteure; die Beiträge kommen vornehmlich aus der Medizinsoziologie. Erst Ende der 80er Jahre wurde Public Health als eigenständige Disziplin organisiert durch Studiengänge und Forschungsverbünde.² International wird jedoch eine andere Entfaltung sichtbar: In den angelsächsischen Ländern kann Public-Health zurückschauen auf ein traditionsreiches Curriculum (University of Edinburgh, 1996). Medizinhistoriker (Eckart, 1991, S. 221-237; Häfner, 1996, S. 313-314) zeigen - im Gegensatz zur Identitätsthese von Public Health und Rassenlehre, so bei Stollberg (1994, S. 38-41) -, daß das nationalsozialistische Gesundheitswesen die Umsetzung der Public-Health-Idee im Vorkriegs-Deutschland verhinderte.

2.1 Public-Health-Begriff

Die *Kernthese* ist, daß nicht nur die kurative Medizin, sondern auch Variablen aus den Sozialwissenschaften (Stosberg, K. et al., 1973; Baier, 1986; Blohmke, 1986; Andersen, H. H. et al., 1987; Vieffhues, 1989; Waller, 1991) einen gewichtigen Einfluß auf das Erleben von Gesundheit haben. Virchows Gedanke, daß Politik "Medizin im Großen" ist, gewinnt an Wichtigkeit. Die einflußreichste Public-Health-Einrichtung ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO); sie hat idealisierte Leitkriterien vorgegeben.³

Public Health wird um die Arbeitsgruppe von Schwartz (1991) *definiert* als Wissenschaft, die befaßt ist mit der "Analyse, Bewertung und Organisation von Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung und ihrer Verhinderung bzw. Bekämpfung mit angemessenen, wirksamen und ökonomisch vertretbaren Mitteln". Gewichtige objekt- und metatheoretische Merkmale (Weber, 1968, S. 186-262) sind der Bevölkerungsbezug, die Interdisziplinarität, Grundlagen- und Praxisbezug, evaluative Ansätze wie ein hu-

1879 Gesetz zum Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen

1883 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter

1884 Unfallversicherung

1889 Invaliden- und Altersrentenregelung

1900 Reichsseuchengesetz

1911 Reichsversicherungsordnung

² Public Health wird mit Gesundheitswissenschaften übersetzt. Es wird als Postgraduierten-Studiengang angeboten mit unterschiedlichen Aufnahmebedingungen und Schwerpunktsetzungen: an den Universitäten Bielefeld, Düsseldorf, Heidelberg, Berlin, Ulm und Dresden wie an der Medizinischen Hochschule Hannover; neuerdings auch als grundständige Studiengänge an Fachhochschulen und außeruniversitären Einrichtungen. Wissenschaftlich hervorgetreten sind Forschungsverbände mit Förderung durch den Bundesforschungsminister. Schließlich ist in der Schweiz ein Public-Health-Verbund aufgebaut worden mit Basel, Bern und Zürich.

³ "Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen" (WHO, 1978).

manitär-altruistisches Menschenbild und die demokratische Staatsphilosophie (Häfner, 1996). Jene in der Sozialepidemiologie⁴ untersuchten sozialen Einflüsse auf die Gesundheit (Badura et al., 1991, S. 42-48), wie die Armuts-, Streß-, Unterstützungs- und Lebensstilthese, geraten im Kontext von Bevölkerungen - Nationen, Gemeinden, Berufs- oder Risikogruppen - ins Blickfeld (Häfner, 1996, S. 305-306).

Ideengeschichtlich wurden die Public-Health-Konzepte geboren aus einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis. Charakterisiert Häfner (1996, S. 305) den Gesundheitsbegriff als eine "Mehrebenendefinition von Gesundheit", so handelt es sich gleichwohl um einen medizinkritischen Ansatz: Es ist die Reduktionismuskritik von Gesundheit auf die Rationalität bio-chemischer Sachverhalte wie die Bürokratiekritik an einem Medizinapparat ohne Menschen, wie es Rohde (1962) für die Krankenhaussoziologie schon zu Beginn der 60er Jahre zeigte. Kritisiert wird das bio-medizinische Modell der Krankheitsentstehung; es vernachlässigt die psycho-sozialen Potentiale und Transaktionsfelder der Patienten; sie werden partiell entmündigt und im Versicherungs- und Versorgungsalltag klientelisiert (Baier 1991, S. 8-26; Baier, 1991, S. 9-15). Im Kern wird der Gesundheitsbegriff erweitert um die Thematiken der Vergesellschaftung des Individuums (Siegrist, 1995) wie der Problematik der Knappheit an Gesundheitsgütern (Henke, 1991). Auf der Grundlage der Basisdisziplinen Epidemiologie, Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemforschung⁵ ist die Public-Health-Aufgabe das Nachweisen von Krankheitsrisiken resp. Gesundheitschancen im Kontext sozialer, ökonomischer und pädagogischer Ressourcen.⁶ In den Mittelpunkt rückt die *Reduzierung des epidemiologischen Risikos*.

⁴ Zur epidemiologischen Aufschlüsselung Public-Health-relevanter Gruppen vgl. B. M. Davies (1995).

⁵ Die Epidemiologie ist die Lehre von den Krankheitshäufigkeiten, ihrer Verteilung und der Determinanten (Ackermann-Lieblich et al., 1986); die Gesundheitsförderung ist sozialmedizinisch geprägt (Waller, 1991); Gesundheitssystemforschung ist biomedizinische, klinische sowie Public-Health-Forschung (Schwartz et al., 1991).

⁶ Die Bedeutung der Tiefendiagnostik naturwissenschaftlicher Labormedizin wird im Public-Health-Ansatz jedoch nicht ignoriert (Eckart, 1990; Baier, 1997).

Gillespie et al. (1995) kontrastieren das medizinische mit dem sozialen Modell von Gesundheit:

<i>Medical model</i>	<i>Social model</i>
<i>A state of health is a biological fact:</i> 1. It is immutable, real, independent.	<i>A state of health is socially constructed:</i> 1. It is varied, uncertain, diverse.
<i>Ill health is caused by biological calamities:</i> 1. entrants to the body (e. g. viruses, germs); 2. internal faults (e. g. genes); 3. trauma.	<i>Ill health is caused by social factors:</i> 1. behind the biology lies society; 2. root-causes are social causes.
<i>Causes are identified by :</i> 1. signs and symptoms; 2. the process of 'diagnosis'; 3. Establishing deviation from medically established 'normality'.	<i>Causes are identified through:</i> 1. beliefs, which are varying, subjective, society- and community-based; 2. interpretation built up through custom and social constraint.
<i>Medical knowledge is exclusionary:</i> 1. it is the job of the expert or specialist; 2. facts are accumulated and built upon; 3. alternative perspectives are invalid and inferior.	<i>Knowledge is not exclusionary:</i> 1. it has a historical, cultural and social context; 2. it is shaped by involved people.
<i>Biomedicine:</i> 1. it is reductionist and disease-oriented; 2. It is concerned with pathology.	<i>The social model:</i> 1. it is holistic 2. it is concerned with context.

Untersuchungen zum epidemiologischen Risiko reichen über eine individuumzentrierte Medizin hinaus: Interdisziplinär werden die Soziologie, Ökonomie und Jurisprudenz in den Gesundheitsdiskurs einbezogen (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 1997, S. 7), jedoch nicht als Hilfswissenschaften, sondern als Grundlagendisziplinen (Stosberg, 1997, S. 178). Im Ergebnis ist Public Health ein Schnittstellenfach.⁷ Die Themen zur *Reduzierung des epidemiologischen Risikos* haben folgenden Schwerpunkte:

⁷ Eine ähnliche Entwicklung durchläuft die Verwaltungswissenschaft mit ihren Wurzeln in der Politologie, wie in Leipzig, Konstanz und Speyer.

- *Theorie gesundheitsbezogenen Verhaltens* (Gillespie, 1995; Moon et al., 1995; Mann, 1995) und *Gesundheitsförderung* zum aufgeklärten Patienten (Schwartz et al., 1994; Häfner, 1996; Baier, 1997; Stosberg, 1997);
- *Analyse* demographischer, epidemiologischer, sozialempidemiologischer und gesundheitsökonomischer Befunde (Klein-Lange, 1990); Umweltepidemiologie (Wichmann, 1991); Medizin- und Sozialethik (Patzig, 1989);
- *Implementierung und Evaluation* von Gesundheitsprojekten zur Gesundheitsförderung (Laaser et al., 1990; Badura et al., 1991), zum Gesundheitsmanagement mit der Selbsthilfe-, Netzwerk- und Rehabilitationsforschung (Fassmann et al., 1988; Trojan, 1991; Ellis et al., 1995) über die Versorgungsforschung, Geriatrie und Gerontologie (Radebold, 1991; Fassmann et al., 1994) bis zu Spezialthemen wie Versorgungsnetzwerke, Sozialstationen, Pflegemodelle (Hellige et al., 1994; Whiteley et al., 1996), Selbsthilfegruppen (Trojan, 1991) und die Weiterentwicklung der Krankenhäuser (Swertz, 1996);
- *Medizinsoziologie* mit Planung und Verwaltung im Gesundheits- und Sozialwesen (Badura et al., 1991; Stosberg, 1997) und die Gesundheits- und Sozialberichterstattung (Klein-Lange, 1990; Redaktionskomitee, 1991);
- *Gesundheitssystemforschung* mit ihrer Makro-, Meso- und Mikro-Analyse (Klein-Lange, 1990; Schwartz et al., 1991) und die Organisationsentwicklung mit der Qualitätssicherung (Eversmann, 1995; Swertz, 1996; Whiteley et al., 1996).

2.2 Paradigmenwechsel in den Health Sciences

Die ersten *curricularen Entwicklungen* sind über 100 Jahre alt - mit europäischen Gründungen⁸ in England und Schottland wie in London, Glasgow oder Edinburgh. Herausforderung war die Prävention vor Infektionskrankheiten. Als Leitbilder fungierten biomedizinische, sozialhygienische und psycho-soziale Prinzipien. Leitdisziplinen zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung waren die Epidemiologie, Hygiene und Gesundheitssystemforschung (Schwartz et al., 1994).

Wurde die Soziologie im *klassischen Verständnis* bemüht zur Analyse psycho-sozialer Wirkfaktoren, so soll sie im *modernen Verständnis* - "New Public Health" - auch Beiträge zum Qualitätsmanagement leisten (Schwartz, 1990; Mann, 1995) mit analytischen, evaluativen und steuernden Ansätzen aus den Organisationswissenschaften (Henke, 1991, S. 125-138; Eversmann, 1996; Swertz, 1996). Ferner wurden Leitbilder zur Gesundheitsförderung thematisiert in der Ottawa Charta (Badura et al., 1991): von der Befähigung zur Gesundheit (enabling), der Vertretung und Vermittlung (Förderung) von Interessen (advocating; mediating), der Entwicklung unterstützender Umwelten über die Förderung persönlicher Fähigkeiten bis zur Reorganisation der Gesundheitsdienste. Der

⁸ In Nordamerika sind frühe Gründungen in Harvard und Berkeley.

Paradigmenwechsel ist definiert mit der Vision eines bio-psycho-sozio-Modells von Gesundheit.

3 Analysekriterien zur Public-Health-Bedeutung der Soziologie

Erwartungen von Public-Health an die Soziologie reichen von der Deskription und Ursachenforschung im Feld sozialepidemiologischer Untersuchungen, der Gewinnung an Transparenz durch eine Gesundheits- und Sozialberichterstattung über verhaltensmedizinische Themen zur Gesundheitsförderung bis zur Organisationsanalyse und Implementierungsforschung (Pflanz, 1969; Aggleton, 1990; Gerhardt, 1991; Redaktionskomitee, 1991). Die Kraft der Soziologie zur Mitwirkung an diesen Themen ist eine Doppelte: Die Soziologie verfügt über Methoden- und wissenschaftstheoretische Kompetenz sowie über die Kompetenz einer materialen Soziologie (Davies, 1995).

Die *Methodenkompetenz* beinhaltet analytische, koordinierende, gestaltende und evaluativen Qualitäten. Anthony Giddens (1994, S. 14-16) charakterisiert die soziologietypischen Dimensionen mit "factual, comparative, developmental and theoretical questions". Die *Kompetenz einer materialen Soziologie* weist über Alltagstheorien hinaus (Lüscher, 1990). Das soziologische Curriculum bietet ein "set" an Wissensbeständen - seien es systemische, lebensweltliche, rollen- und konflikttheoretisch angelegte Untersuchungen. Fassen wir Differenzen wie die Integration und Gemeinsamkeit von Public Health und Soziologie zusammen:

1. *Differenzen von Soziologie und Public Health - aus der Sicht von Public Health*
 - Zielvariable ist der Gesundheitsstatus von Bevölkerungen bzw. Gruppen; Maßstäbe sind die Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklungen, die Biometrie, das Bio-psycho-sozio-Modell.
 - Kerndisziplin ist die Epidemiologie bei interdisziplinärer Orientierung mit humanbiologischen, medizinischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagen.
 - In Deutschland steht Public Health in den Anfängen und knüpft an sozialmedizinische Ansätze an, die im letzten Jahrhundert (bis zum Ende der Weimarer Republik) entwickelt wurden mit Virchow, Salomon Neumann und Grotjan (Häfner, 1996).
2. *Differenzen von Soziologie und Public Health - aus der Sicht der Soziologie*
 - Zielvariable ist die Vergesellschaftung des Individuums; eine Sozialwissenschaft mit einem umfangreichen Theorieangebot.
 - Kerndisziplin ist die allgemeine Soziologie mit Geschichte, Theorie und Methoden der empirischen Sozialforschung - im Verbund mit Spezialsoziologien wie die Medizin- und Organisationssoziologie und eher disziplinärer Ausrichtung.
 - Der Schwerpunkt der Beiträge zum Gesundheitswesen liegen auf dem Gebiet der Mesoebene - so in der Traditionslinie einer Bürokratiekritik bei Max Weber.

3. *Integration und Gemeinsamkeiten von Public Health und Soziologie*

- Beide Disziplinen sind Humanwissenschaften, anthropozentrisch und stehen in der Tradition der Aufklärung mit der Vision einer "guten Gesellschaft" (Dahrendorf, 1992) - angesichts globaler Herausforderungen post-moderner Gesellschaften mit den Charakteristiken wie Risiko-, Informations- und Erlebnisgesellschaft (Baier, 1997). Beide Disziplinen unternehmen Forschungen zur Lebensqualität.
- Beide Disziplinen sind bevölkerungs- bzw. gruppenbezogen.
- Beide Disziplinen bewegen sich in den Dimensionen der Mikro-, Meso- und Makroanalyse: Mikroebene als Bewußtseinsebene, Mesoebene als Organisations-ebene und Makroebene als Ebene der Vergesellschaftung des Individuums.
- Beide Disziplinen sind Wissenschaften mit einer "jungen" Wissenschaftsgeschichte.
- Beide Disziplinen haben eine wissenschaftstheoretische Orientierung mit normativen, positiven und reflektierenden Funktionen (Recktenwald, 1975): induktives Arbeiten zur Hypothesengewinnung durch "Bottom-up" Ansätze, deduktives Arbeiten zur Hypothesentestung durch "Top-up" Ansätze (Badura et al., 1991) und Methodenidentität im Feld der empirischen Sozialforschung.
- Beide Disziplinen sind institutionalisiert durch Fachzeitschriften, nationale und internationale Fachgesellschaften, Berufsverbände, curriculare Entwicklungen, Forschungsverbünde. Die Umsetzung soziologischer wie gesundheitswissenschaftlicher Kenntnisse ist oft mit einem "cultural lag" verbunden.

4 Soziologische Handlungsfelder in Public Health

4.1 Makro-, Meso- und Mikrodimensionen

Die gesundheitswissenschaftliche Ausgangsfrage in modernen Gesellschaften ist die Frage nach der *sozialen Konstruktion von Gesundheit* (Luckmann, 1992) mit dem *Grad der Gesundheit* (Baier, 1997), ihrer *Verteilung und Förderung* im gesellschaftlichen Spektrum (Viefhues, 1989) wie die Organisation von Gesundheitshilfen. Die Analyse des epidemiologischen Risikos und des Gesundheitsstatus ("Health Outcome") zeigt eine Kette mit vielfältigen Verschränkungen (Schwartz, 1995, S. 3-6): sozio-kulturelle Muster, volkswirtschaftliche Entwicklungen, politische Strukturen und ökologische Verhältnisse; die Struktur der Gesundheitsdienste, Gesundheitsressourcen und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Cockerham, 1995); die demographische Struktur, sozialpolitische Beschäftigungssituation, humanbiologische Faktoren und Lebensstilfaktoren. Diese interdependente Struktur kann handlungs- wie systemtheoretisch erhellt werden, sei es durch die Analyse der "Gesundheit als sozialer Code" (Bauch, 1996), sei es durch die Analyse der Bedeutung sozialer Akteure im Gesundheitswesen (Alber, 1992). Eine Integration der komplexen Sichtweisen versucht die *Dreiebenenperspektive* mit den Makro-,

Meso- und Mikrodimensionen in Soziologie und Public Health (Lüscher, 1990; Schwartz et al., 1994).

Die *Makroebene* ist definiert als gesamtsystemische Ebene. Im Mittelpunkt steht die soziologische Zeitdiagnose mit den spezifischen Herausforderungen: Wer sind die Sozialakteure und Leitbilder von Gesundheitsprozessen in der post-modernen Herausforderung? Die sozialen Leitbilder von Gesundheit thematisierte, wie oben dargelegt, die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO). Die *Mesoebene* ist definiert als subsystemische Ebene (Schwartz et al., 1994). Im Zentrum steht die Organisationsentwicklung: von der Bürokratietheorie über korporatistische Beiträge bis zu entwicklungsorientierten Ansätzen in der Organisationsforschung (Türk, 1989). Schließlich ist die *Mikroebene* definiert als Ebene einzelner Versorgungseinheiten, Maßnahmen und Technologien (Schwartz et al., 1994). Im Vordergrund steht *die soziale Konstruktion der Patientenwelt* zur Unterstützung bei chronischer Krankheit und Behinderung (Olbrich, 1990; Corbin et al., 1993).

4.2 Soziologen im Gesundheitswesen

Die *soziologischen Tätigkeitsfelder* in Public-Health berühren die Makro-, Meso- und Mikrodimensionen. Sie reichen von den Kranken- bzw. Gesundheitskassen, der kommunalen Gesundheitsarbeit, über die Geschäftsführung bis zur pädagogischen Vermittlung soziologischer Kompetenz (Ferber v., 1991; Trojan, 1991; Mann, 1994) und erfordern koordinative, pädagogische, gestaltende wie evaluative Fertigkeiten. Ein Blick in das Verzeichnis "Soziologen im Gesundheitswesen" (BDS, 1996) belegt, daß Sozialwissenschaftler in Public-Health-relevanten Tätigkeitsfeldern beratend, organisatorisch, publizistisch und/oder wissenschaftlich tätig sind. Vielerorts deckt sich das Soziologenprofil mit dem Spektrum der interdisziplinär orientierten Gesundheitswissenschaften (Klein-Lange, 1991). Public-Health-Bereiche *im weiteren Sinne* reichen von der Armuts- und Umweltforschung, Psychotherapien, Psychiatrische Soziologie, Soziale Gerontologie über die Sozialisation im Kindes- und Jugendalter bis zur Verkehrssicherheit im Straßenverkehr (BDS, 1996). Public-Health-Bereiche *im engeren Sinne* reichen von der Begleitforschung im Gesundheitswesen, Beratung von Selbsthilfe-Initiativen, Ernährungsverhalten, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsökonomie, Medizinsoziologie über die Organisationsberatung im Sozial- und Gesundheitswesen bis zur Sozialmedizin (BDS, 1996).

5 Resümee - Die Bedeutung der Soziologie für Public Health

Die moderne Public-Health-Entwicklung mit der Betonung interdisziplinärer, ganzheitlicher, humanbiologischer und organisationswissenschaftlicher Grundlagen - der Vision eines bio-psycho-sozio Modells von Gesundheit - ist eine Herausforderung an die Soziologie. In den Bereichen der Sozialepidemiologie, Gesundheitsförderung und Gesund-

heitssystemforschung ist die Soziologie, wie die Berufsprofile belegen, schon traditionell verankert (BDS, 1996). Geht zwar Public Health als Wissenschaft über die soziologische Kompetenz hinaus, indem Grundlagen der Medizin, Epidemiologie, Pädagogik, Politologie und Ökonomie herangezogen werden, so zeigt die aktuelle Entwicklung, daß sich innerhalb der Gesundheitswissenschaften Public-Health-Experten auf Fachbereiche konzentrieren (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 1997). Der spezifische Beitrag der Soziologie für Public Health zeigt folgendes Mosaik (Mann, 1996a, S. 277):

1. *Die Public-Health-orientierte Leistungskraft der Soziologie* gründet in einem empirisches Wissen zur Evaluation von Modellprojekten im Gesundheitswesen über sozialepidemiologische Studien zur Lebensqualität, zum Risikoverhalten oder zur Patientenzufriedenheit bis zur Mitwirkung an der Gesundheits- und Sozialberichterstattung.
 2. *Die Public-Health-orientierte Leistungskraft der Soziologie* gründet in einem Reflektionswissen zum Menschen als soziales Wesen, zur Vergesellschaftung des Patienten in vorgefertigten Rollenmustern, zur Rationalität des Verhaltens. Das Gesundheitswesen ist durchsetzt von sozialen Beziehungen wie die Arzt-Patient-Beziehung oder Schwester/Pfleger-Patient-Beziehung. Das Soziologie-Curriculum kommt zum Tragen - prioritär mit Beiträgen zur Sozialstruktur, Organisation, Kommunikation, Interaktion und Institutionalisierung.
 3. *Die Public-Health-orientierte Leistungskraft der Soziologie* gründet in einem Handlungs- und Organisationswissen zur Rationalität in den vielfältigen Bereichen der Gesundheits- und Pflegeorganisationen - von der Managementberatung in Wohlfahrtsverbänden über das Management in ambulanten und stationären Einrichtungen bis zur psycho-sozialen Begleitung der Sozialisation zum "mündigen Patienten".
- Das Thema "Soziologie und Public Health" wird hier, wie auch im Heft 1/1998, exemplarisch besprochen. In der vorliegenden Ausgabe werden Aufsätze vorgestellt, die aus unterschiedlichen soziologischen Perspektiven das originäre Ziel von Public Health erörtern: die Reduzierung des epidemiologischen Risikos.

Joachim Thönnessen und *Wolfgang Hass* leisten Beiträge, die zum unmittelbaren Arbeitsbereich von Public Health zählen. Bei *Joachim Thönnessen* wird der sozialepidemiologische Ansatz zur Reduzierung des epidemiologischen Risikos wissenssoziologisch auf der theoretisch-begrifflichen Ebene untersucht. *Thönnessen* bewegt sich in der Verschränkung von Makro- und Mikroebene. Im Zuge einer theoretisch-begrifflichen Public-Health-Kritik relativiert der Autor das Begriffspaar "gesund/krank" und plädiert für ein stärker hermeneutisch ausgerichtetes Gesundheitsverständnis. Der sozialepidemiologische Ansatz von *Wolfgang Hass* kommt aus der Medizinsoziologie und Gemeinwesenarbeit. Innerhalb von Public-Health ist der Beitrag auf der Mesoebene angesiedelt. Der Autor zeigt Entwicklungen, Grenzen und Perspektiven für das Gesundheitserleben auf. *Werner Facks* Beitrag zur Reduzierung des epidemiologischen Risikos bewegt sich im mittelbaren Umfeld von Public Health. Innerhalb der Public-Health-Themen handelt es sich um eine Schnittstelle in der Versorgungsforschung "Alter und Behinderung". *Fack*

zeigt am Beispiel der aktuellen Rechtsentwicklung im Gesundheitswesen, wie sich Strukturveränderungen im Makrobereich auf den Mikrobereich auswirken können. Konkret werden Gesetzeslücken für das betroffene Klientel aufgezeigt.

Das Heft 1/1998 vertieft *drei Schwerpunkte*. Zuerst werden kritische Beiträge zur *Reduzierung des epidemiologischen Risikos* fortgeführt, auf die Bedeutung soziologischer Methoden in Public Health hingewiesen und verwaltungswissenschaftliche Gestaltungsaspekte im Gesundheitswesen aufgezeigt. Hinsichtlich des *epidemiologischen Schwerpunktes* zeigen *Jost Bauch* und *Wolfgang Micheelis* die Grenzen einer Präventionspolitik in der Zahnmedizin. Die Autoren erörtern die Compliance gesellschaftspädagogischer Maßnahmen. *Klaus Priester* wählt ein betriebs- und organisationssoziologisches Thema innerhalb von Public Health. Sein Beitrag zur Mesoebene zeigt die Möglichkeiten und Grenzen des Qualitäts- und Sozialmanagements im Krankenhauswesen. *Werner Hoffmann* untersucht im *Methodenschwerpunkt* die Bedeutung der empirischen Sozialforschung für das Methodenrepertoire in Public Health. Schließlich diskutiert *Gerd Hörnemann* im *Verwaltungsschwerpunkt* die These, daß die Gestaltungsprinzipien "Solidarität" und "Wettbewerb" im modernen Gesundheitswesen eine Herausforderung sind.⁹

Dr. Bernhard Mann, M.S.P.

Offenbachstr. 25

53173 Bonn

Tel.: 0228/366630

Bernhard Mann, Dr. rer. pol., Dipl.-Sozialwirt, Magister Sanitatis Publicae, geb. 1950 in Stuttgart; Studium an den Universitäten Göttingen, Erlangen-Nürnberg und Kassel wie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 1978 Wiss. Mitarbeiter in Lehre und Forschung an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Bremen und Konstanz; Projektleiter bei Wohlfahrtsverbänden; Mitarbeit beim 1. Bundesaltenbericht und Autor in wiss. Reihen. Gastdozent an der University of Edinburgh, Scotland. Arbeitsschwerpunkt und Publikationen zur Sozialplanung im Kontext der Alters-, Behinderten-, Entwicklungs- und Medizinsoziologie. Ehrenamtlicher Richter am VG Ansbach und seit 1997 am VG Köln.

⁹ Aus Platzgründen mußte auf die Literaturangaben verzichtet werden. Die Literaturliste ist beim Verfasser erhältlich.